Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Performance cognitive chez les personnes âgées au Canada

par Heather Gilmour

Juin 2011

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Performance cognitive chez les personnes âgées au Canada

par Heather Gilmour

Résumé

À partir des données du module de la cognition de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, menée en 2009, ont été définies cinq catégories de fonctionnement cognitif reposant sur des valeurs normatives ajustées en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité. Les deux catégories inférieures ont été regroupées de façon à identifier les personnes âgées (65 ans et plus) non atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence et vivant dans un ménage privé qui avaient obtenu de faibles scores pour quatre tâches cognitives, à savoir le rappel immédiat, le rappel différé, la fluence sémantique et la vitesse de traitement. On a constaté que le faible revenu, ne pas vivre avec un époux ou un conjoint, et être atteint de diabète étaient des facteurs associés à un faible score. Étaient également associés à un faible score la maladie cardiaque, les limitations quant à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne, le fait de recevoir des soins à domicile, la participation à la vie sociale, la solitude et l'état de santé général et de santé mentale autoévalué, mais les associations variaient d'une tâche cognitive à l'autre.

Mots-clés

Activités de la vie quotidienne, aliénation sociale, chutes accidentelles, enquêtes sur la santé, études transversales, rappel mental, services de soins à domicile, solitude, troubles cognitifs, troubles de la mémoire, vieillissement.

Auteure

Heather Gilmour (613-951-2114, Heather.Gilmour@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

La cognition se définit comme les processus mentaux qui se rapportent à la connaissance, y compris la conscience, la perception, le raisonnement et le jugement[1]. Une certaine diminution de la capacité cognitive est à prévoir aux âges plus avancés, mais cela ne se passe pas de façon uniforme d'une tâche cognitive ou d'une personne à l'autre[2]. Une capacité cognitive altérée peut entraîner des conséquences pour la santé, comme un premier accident vasculaire cérébral (AVC)[3], des chutes[4] ou le placement en établissement[5]. Elle peut rendre une personne moins apte à communiquer la douleur qu'elle ressent à ses fournisseurs de soins de santé[6] ou à accomplir les activités instrumentales de la vie quotidienne[7], composer avec les symptômes de maladies chroniques, s'occuper de ses soins personnels ou suivre les indications relatives à la prise de médicaments[8-10].

L'incidence des différents aspects de la cognition sur la santé peut varier. Certains travaux de recherche donnent à penser que les troubles de la mémoire revêtent une importance particulière pour la détection précoce de la démence ou pour la progression de la maladie d'Alzheimer[11,12], tandis que d'autres études soulignent l'importance des tâches verbales[13] et du nombre de facultés cognitives altérées[14,15]. Par exemple, les troubles des facultés autres que la mémoire peuvent être un signe avant-coureur d'une démence vasculaire ou d'un type de démence autre que la maladie d'Alzheimer[16]. La fonction exécutive et la mémoire, elles, peuvent influer sur les activités de la vie

Les données

Les données proviennent du module de la cognition de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (2009). Faisaient partie de la base de sondage les personnes de 45 ans et plus des dix provinces qui habitaient un logement privé. Étaient exclus les habitants des trois territoires, des réserves indiennes, des terres de la Couronne et de certaines régions éloignées, ainsi que les personnes vivant en établissement et les membres à temps plein des Forces canadiennes. Les données ont été recueillies de décembre 2008 à novembre 2009 au moyen d'interviews sur place assistées par ordinateur.

Le questionnaire du module de la cognition a été administré en anglais ou en français aux participants qui répondaient en leur propre nom uniquement, au contraire de la composante principale de l'ESCC, où les réponses fournies par personne interposée étaient acceptées si l'état de santé mentale ou physique de la personne sélectionnée l'en empêchait (2,2 % de l'échantillon). Comparativement aux autres participants, les participants qui ont été exclus du module de la cognition parce qu'ils devaient répondre par personne interposée étaient plus susceptibles d'être atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démence, ou encore d'avoir eu un accident vasculaire cérébral[19]. Leur exclusion signifie que les catégories de fonctionnement cognitif étaient fondées sur un échantillon présentant un fonctionnement cognitif plus élevé[20]. En outre, étant donné que les résidents d'établissements de soins de longue durée (7 % des personnes âgées)[18] étaient exclus de l'ESCC, l'échantillon est de moins en moins représentatif de la population générale de personnes âgées aux âges progressivement plus avancés.

Les participants peuvent avoir été exclus du module de la cognition pour d'autres motifs, par exemple si l'interview avait été menée par téléphone, si l'enquête s'était déroulée dans une langue autre que le français ou l'anglais (sans personne interposée) ou si le participant avait refusé d'exécuter les tâches.

Le taux de réponse global au questionnaire du module sur la cognition a été de 62,3 % (N = 25 864), comparativement à 74,4 % pour l'ensemble de l'échantillon. On a appliqué des poids d'échantillonnage distincts aux résultats dans le cas des variables du fonctionnement cognitif.

L'étude est fondée sur un échantillon de 13 176 personnes de 65 ans et plus qui n'ont pas déclaré un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de démence et qui ont rempli le questionnaire du module sur la cognition, ce qui représente une population pondérée de 4,3 millions de personnes. Au total, 81,8 % des membres de l'échantillon ont effectué le test de rappel immédiat et 68,1 % ont fait le test de rappel différé. En tout, 91,3 % ont effectué le test de fluence sémantique (l'attribution de noms d'animaux), tandis que 88,0 % ont fait le test d'alternance mentale. Pour chaque tâche, les réponses manquantes ont été exclues des estimations de la prévalence. Les erreurs-types ont été calculées au moyen d'une méthode *bootstrap*[21].

Les quintiles de *revenu du ménage* étaient les suivants : inférieur, moyen-inférieur, moyen, moyen-supérieur, supérieur.

Les catégories de *modalités de vie* étaient les suivantes : vit seul, vit avec un conjoint/conjoint de fait, autres modalités de vie.

Afin de déterminer la présence de *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux participants à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux un problème de santé qui avait duré ou qui devait durer six mois ou plus, puis on leur a lu une liste de problèmes de santé. Les problèmes de santé chroniques mentionnés étaient autodéclarés et n'ont été validés par aucune source externe.

Les participants ont été classés dans les catégories d'*indice de masse corporelle* (IMC) suivantes en fonction de leur taille et leur poids autodéclarés : obésité (IMC de 30 kg/m^2 ou plus), embonpoint (IMC de 25 kg/m^2 ou plus mais inférieur à 30 kg/m^2), poids normal (IMC de 18,5 kg/m^2 ou plus mais inférieur à 25 kg/m^2), insuffisance pondérale (IMC inférieur à 18,5 kg/m^2).

Pour savoir si les participants avaient fait une *seule chute* ou des *chutes récurrentes* (deux ou plus), on tenait compte des réponses aux questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des chutes? » et « Combien de fois êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois? ».

Les questions sur la capacité des participants à accomplir les *activités instrumentales et de base* étaient fondées sur le *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* de l'OARS (Older Americans Resources and Services)[30]. Aux fins de la présente analyse, les réponses ont été regroupées de façon à distinguer les personnes présentant une incapacité légère, par opposition à celles présentant une incapacité modérée, grave ou totale.

Les participants ayant reçu des *soins à domicile* au cours des 12 derniers mois ont été subdivisés selon qu'ils avaient reçu des soins formels seulement, des soins informels seulement, ou les deux.

La *participation sociale fréquente* était définie comme le fait de participer au moins une fois par semaine à l'une de huit activités communautaires incluant d'autres personnes.

On a demandé aux participants à quelle fréquence ils ressentaient un manque de compagnie, avaient l'impression d'être tenus à l'écart ou se sentaient isolés. Aux fins de la présente analyse, les participants qui ont répondu « parfois » ou « souvent » à chacune de ces trois questions, comparativement à « à peu près jamais », ont été classés dans la catégorie « *solitaire* ».

L'*état de santé autoévalué* était fondé sur la question « En général, diriez-vous que votre santé est : ...? ». Les personnes qui ont jugé leur santé bonne, très bonne ou excellente (par opposition à passable ou mauvaise) ont été considérées comme ayant fait une autoévaluation « positive » de leur état de santé. Une question similaire a servi à déterminer l'*état de santé mentale autoévalué*.

Tableau 1
Certaines caractéristiques sociodémographiques de la santé et du bien-être, selon le score† obtenu aux tâches cognitives, population à domicile de 65 ans et plus non atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de démence, Canada, territoires non compris, 2009

	Score de fonctionnement cognitif							
	Rappel immédiat		Rappel différé		Fluence sémantique		Vitesse de traitement	
Caractéristique	Bas	Moyen/ Élevé‡	Bas	Moyen/ Élevé‡	Bas	Moyen/ Élevé‡	Bas	Moyen/ Élevé‡
Caractéristiques sociodémographiques								
Revenu du ménage								
Inférieur	38,2**	29,8	37,3**	28,1	35,3**	30,1	37,6**	28,3
Moyen-inférieur	23,4**	28,6	26,2	27,7	27,5	27,1	28,7	26,4
Moyen	18,7	19,0	16,3**	20,3	17,9	20,0	17,4*	20,6
Moyen-supérieur	11,7	13,1	11,1*	14,0	12,7	13,1	9,9**	14,4
Supérieur	8,0	9,5	9,2	9,9	6,6**	9,8	6,5**	10,3
Modalités de vie								
Vit seul	33,1*	29,6	32,8*	29,4	31,5	30,9	33,2*	30,2
Vit avec un conjoint / conjoint de fait	54,5**	61,4	56,4**	62,3	57,4	60,1	56,0**	60,8
Autres modalités de vie	12,4**	9,0	10,9*	8,4	11,1*	9,0	10,8*	9,0
Santé								
Problème de santé chronique								
Diabète	20,1**	15,5	19,3**	15,3	19,4**	15,6	19,4**	15,5
Maladie cardiaque	23,0	21,9	22,3	21,4	22,9	22,6	24,6*	21,8
Hypertension	53,6	51,3	52,3	52,0	53,3	52,6	53,8	52,5
Trouble de l'humeur / trouble anxieux	8,4	7,3	8,9	7,3	7,1	7,2	6,7	7,3
Indice de masse corporelle								
Insuffisance pondérale	2,2E	2,5	1,7	2,0	3,6**	1,8	3,2*	1,9
Poids normal	42,2	39,5	40,5	40,7	41,2	40,5	40,5	41,0
Embonpoint	35,5**	39,5	37,7	38,7	36,4	38,6	36,1	38,8
Obésité	20,1	18,5	20,0	18,6	18,8	19,0	20,3	18,3
Bien-être								
Chutes au cours de la dernière année								
Une seule chute	12,3	13,1	13,7	13,2	13,3	12,7	12,7	12,9
Chutes récurrentes	8,1*	6,1	5,9	6,6	7,5	6,7	7,7	6,7
Incapacité à accomplir les activités instrumentales et de base								
Légère	16,6*	14,2	16,9**	13,3	16,5*	14,2	16,5**	13,8
Modérée/grave	6,3**	3,1	5,3**	2,8	7,4**	3,9	6,9**	3,9
Soins à domicile								
Soins formels	4,1	4,1	4,3	3,8	5,9*	4,1	5,2	4,4
Soins informels	12,4	11,1	12,7	10,6	11,4	12,2	12,1	11,8
Les deux	7,2*	5,7	8,0**	5,1	8,3**	5,7	7,6*	6,0
Participation sociale fréquente	74,1**	78,4	77,2	78,7	75,9	77,7	74,1**	78,8
Solitaire	13,9**	10,4	12,5	10,4	13,3**	10,4	13,5**	10,2
Autoévaluation positive de l'état de santé	73,1**	81,0	75,7**	81,8	74,9**	80,2	73,2**	81,7
Autoévaluation positive de l'état de santé mentale	92,1**	96,0	94,0**	96,1	93,1**	95,8	93,0**	96,1

† ajusté en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité
‡ catégorie de référence
* estimation significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p<0,05$)
** estimation significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p<0,01$)
E à utiliser avec prudence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, module sur la cognition, 2009

quotidienne[7], et on a constaté qu'il existe une association entre les difficultés liées aux fonctions exécutive et de vitesse de traitement de l'information, d'une part, et le risque accru de chute, d'autre part[4,17].

À partir des données du module sur la cognition de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillissement en santé (2009), l'auteure examine les corrélats d'une faible performance à l'égard de quatre tâches cognitives chez les Canadiens de 65 ans et plus non atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démence qui vivaient dans un logement privé (voir *Les données*). Les faibles résultats enregistrés pour ces tâches sont analysés en fonction de caractéristiques sociodémographiques et de paramètres de mesure de l'état de santé et du bien-être.

Le module de la cognition

Les participants au module sur la cognition de l'ESCC – Vieillissement en santé (2009) devaient exécuter quatre tâches.

Deux parmi celles-ci, à savoir le rappel immédiat et le rappel différé d'une liste de mots, servaient à mesurer la mémoire verbale à court terme, l'apprentissage verbal et le rappel après interférence[22,23]. Les participants devaient mémoriser une liste de 15 mots courants sans lien entre eux (par exemple, tambour, rideau), se les rappeler immédiatement, puis se les rappeler de nouveau au bout de cinq minutes environ. La tâche du rappel différé se faisait en dernier, après les autres tâches cognitives.

Les deux autres tâches, soit la fluence sémantique et le test d'alternance mentale, ont servi à mesurer la fonction exécutive. Afin d'évaluer la fluence sémantique des participants[24,25], on a demandé à ces derniers de se rappeler le plus grand nombre possible de noms entrant dans une catégorie donnée (animaux) en une minute[26]. Lors du test d'alternance mentale[27-29], les participants récitaient l'alphabet, puis comptaient de 1 à 26. Ils disposaient ensuite de 30 secondes pour réciter en alternance les chiffres et les lettres (1-A-2-B-3-C...).

Cinq catégories de fonctionnement cognitif avaient préalablement été établies et validées, en fonction de la population à domicile de 45 ans et plus[19], à partir de valeurs normatives ajustées selon l'âge, le sexe et le niveau de scolarité. Aux fins de la présente analyse, les scores enregistrés pour chaque tâche cognitive dans les deux catégories inférieures (environ 30 % des participants) ont servi à identifier les participants présentant une *faible performance cognitive*.

Faible revenu et vivre seul

Les personnes de 65 ans et plus dont la performance cognitive était faible présentaient des caractéristiques socio-économiques différentes des personnes dont les scores de performance cognitive étaient plus élevés. Ainsi, en comparaison, les personnes âgées ayant obtenu un score peu élevé pour chaque tâche étaient plus susceptibles de faire partie du groupe de revenu inférieur (tableau 1). En outre, elles étaient moins susceptibles de vivre avec un conjoint et plus susceptibles de vivre seules ou d'avoir d'autres modalités de vie, comparativement aux personnes dont les scores étaient moyens ou élevés.

Problèmes de santé chroniques

Un lien a déjà été établi entre les maladies vasculaires[31,32] et les troubles psychiatriques[33,34], d'une part, et le faible fonctionnement cognitif, d'autre part. Ainsi, dans la présente étude, les personnes âgées ayant obtenu un score peu élevé à chacune des quatre tâches étaient plus susceptibles que celles dont les scores étaient plus élevés d'avoir reçu un diagnostic de diabète, et ce lien persiste même une fois les variables sociodémographiques et les autres variables relatives à la santé prises en compte (données non présentées). De même, les personnes âgées ayant obtenu de faibles scores à la tâche qui servait à mesurer la vitesse de traitement de l'information étaient plus susceptibles que leurs homologues dont les scores étaient plus élevés d'avoir une maladie cardiaque. Par contre, aucune association n'était apparente entre une faible performance cognitive à n'importe laquelle des tâches et l'hypertension ou les troubles anxieux ou de l'humeur.

Indice de masse corporelle

Un IMC élevé et une insuffisance pondérale ont été associés aux troubles cognitifs aux âges plus avancés[35]. Bien que l'ESCC de 2009 recueillait uniquement des données sur la taille et le poids courants, les personnes âgées ayant obtenu un score peu élevé à la tâche du rappel immédiat étaient moins susceptibles que les autres de faire de l'embonpoint. De même, les personnes âgées ayant obtenu de faibles scores aux tâches de la fluence sémantique et de la vitesse de traitement de l'information étaient plus susceptibles que les autres de présenter une insuffisance pondérale.

Chutes, incapacité et soins à domicile

On observe un lien entre un faible score à la première tâche de rappel et avoir fait des chutes récurrentes au cours de l'année précédente; par contre, aucune des tâches cognitives n'était associée au fait d'avoir fait une seule chute. Ces résultats sont à l'opposé de ceux de travaux de recherche antérieurs selon lesquels il existe un lien entre les tâches de la vitesse de traitement de l'information et de la fonction exécutive[17] et le fait d'avoir fait une seule chute, comme d'en avoir fait deux et plus.

Peu importe la tâche cognitive, les personnes âgées ayant obtenu des scores peu élevés étaient significativement plus susceptibles que les autres de déclarer une incapacité quant à l'accomplissement des activités instrumentales et de base. Par contre, la relation entre une incapacité légère ou une incapacité modérée ou grave et la tâche du rappel immédiat et entre une incapacité légère et la tâche de la vitesse de traitement ne persiste pas une fois les facteurs sociodémographiques et les problèmes de santé chroniques pris en compte (données non présentées).

Une faible performance à n'importe laquelle des tâches cognitives était associée au fait de recevoir une

combinaison de soins à domicile formels et informels; seule la tâche de la fluence sémantique était associée au fait de recevoir des soins à domicile formels uniquement. Bien sûr, les besoins en soins à domicile peuvent tenir à un état physique aussi bien que cognitif. Dans les analyses multivariées qui tenaient compte des facteurs sociodémographiques, des problèmes de santé chroniques et des aspects de la fonctionnalité physique (douleur, mobilité, troubles de la vue ou de l'ouïe), le rapport entre une faible performance cognitive et le fait de recevoir les deux types de soins à domicile persiste dans le cas des tâches du rappel différé et de la fluence sémantique; il persiste également entre le fait de recevoir des soins à domicile formels uniquement et la tâche de la fluence sémantique (données non présentées).

Interactions sociales

Les interactions sociales ont un effet protecteur sur les capacités cognitives et il est possible que la participation peu fréquente aux activités sociales soit un signe avant-coureur d'une diminution des fonctions cognitives[36]. Même s'il n'est pas possible d'établir de relation temporelle, il ressort des résultats de l'ESCC – Vieillissement en santé que les personnes âgées ayant obtenu un faible score à la première tâche de rappel ou à celle de la vitesse de traitement étaient moins susceptibles que les personnes dont le score était plus élevé de déclarer participer fréquemment aux activités communautaires; ces personnes étaient en outre plus susceptibles de se sentir seules, même une fois d'autres facteurs pris en compte (données non présentées). L'association qui semblait se dégager entre la solitude et la tâche de la fluence sémantique n'a pas persisté dans les modèles multivariés.

Autoévaluation de la santé

Peu importe leurs résultats aux tâches cognitives, des majorités importantes de personnes âgées avaient une perception positive de leur état de santé général (pas moins des trois quarts) et de leur santé mentale (plus de 90 %). Cela dit, pour chaque tâche, les personnes âgées ayant obtenu des scores peu élevés étaient moins susceptibles que celles dont les scores étaient plus élevés de faire une évaluation positive de leur état de santé, et ce, même une fois les facteurs sociodémographiques, les problèmes de santé chroniques et les incapacités fonctionnelles pris en compte, sauf dans le cas du rappel différé et de l'autoévaluation de l'état de santé général (données non présentées).

Conclusion

Les personnes âgées ayant obtenu des scores peu élevés aux diverses tâches cognitives étaient plus susceptibles que celles dont les scores étaient plus élevés d'obtenir de piètres résultats à l'égard de différentes mesures de la santé et du bien-être. La santé cognitive des personnes âgées ne vivant pas en établissement et les facteurs connexes sont importants aux fins de la planification et de l'élaboration de politiques en matière de soins de santé. Les données obtenues grâce au module sur la cognition de l'ESCC – Vieillissement en santé aident à comprendre les caractéristiques sociodémographiques et de la santé de même que les besoins des personnes âgées non atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence qui continuent de vivre dans les ménages privés, mais dont les résultats relativement à quatre tâches cognitives couramment utilisées pour mesurer le fonctionnement cognitif sont faibles. ■

Remerciements

Le contenu de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé a été élaboré par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, en consultation avec Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les spécialistes responsables de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), une initiative des Instituts de recherche en santé du Canada. Ont également participé aux consultations des intervenants de Ressources humaines et Développement social Canada ainsi que des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. L'ajout à l'enquête de 5 000 participants de 45 à 54 ans a été financé par l'ELCV. Statistique Canada remercie de leurs conseils et commentaires toutes les personnes qui ont participé à la phase d'élaboration de l'enquête.

Références

1. *The American Heritage Dictionary of the English Language*, *Fourth edition*, Boston, Massachusetts, Houghton Mifflin Company, 2000.
2. E.L. Glisky, *Changes in Cognitive Function in Human Aging. Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms*, Boca Raton, Florida, CRC Press, 2007.
3. T. DeFries, M. Avendaño et M.M. Glymour, « Level and change in cognitive test scores predict risk of first stroke », *Journal of the American Geriatric Society*, 57(3), 2009, p. 499-505. doi : 10.1111/j.1532-5415.2008.02132.x
4. D.B. Welmerink, W.T. Longstreth Jr, M.F. Lyles et A.L. Fitzpatrick, « Cognition and the risk of hospitalization for serious falls in the elderly: Results from the Cardiovascular Health Study », *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 65A(11), 2010, p. 1242-1249. doi : 10.1093/gerona/glq115.
5. M. Luppa, T. Luck, S. Weyerer *et al.*, « Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review », *Age and Ageing*, 39, 2010, p. 31-38. doi : 10.1039/ageing/afp202.
6. P.F. Tsai et K.M. Means, « Osteoarthritic knee or hip pain. Possible indicators in elderly adults with cognitive impairment », *Journal of Gerontological Nursing*, 31(8), 2005, p. 39-45.
7. S. Tomaszewski Farias, D.A. Cahn-Weiner, D.J. Harvey *et al.*, « Longitudinal changes in memory and executive functioning are associated with longitudinal change in instrumental activities of daily living in older adults », *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 2009, p. 446-461. doi : 10.1080/13854040802360558.
8. A.J. Sinclair, A.J. Girling et A.J. Bayer, « Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services », *Diabetes Research and Clinical Practice*, 50, 2000, p. 202-212.
9. A.J. Huang, J.S. Brown, D.H. Thom *et al.*, « Urinary incontinence in older community-dwelling women: the role of cognitive and physical function decline », *Obstetrics and Gynecology*, 109(4), 2007, p. 909-916.
10. P.R. Gard, « Non-adherence to antihypertensive medication and impaired cognition: which comes first? », *International Journal of Pharmacy Practice*, 18(5), 2010, p. 252-259. doi : 10.1111/j.2042-7174.2010.000045.x.
11. H. Tuokko, R. Vernon-Wilkinson, J. Weir *et al.*, « Cued recall and early identification of dementia », *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13(6), 1991, p. 871-879.
12. L. Bäckman, « Memory and cognition in preclinical dementia: What we know and what we do not know », *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 2008, p. 354-360.
13. V. Taler et N.A. Phillips, « Language and performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A comparative review », *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(5), 2008, p. 501-556. doi : 10.1080/13803390701550128.
14. C.T. Gualtieri et L.G. Johnson, « Neurocognitive testing supports a broader concept of mild cognitive impairment », *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20(6), 2005, p. 359-366. doi : 10.1177/153331750502000607.
15. M.H. Tabert, J.J. Manly, X. Lui *et al.*, « Neuropsychological prediction of conversion to Alzheimer Disease in patients with mild cognitive impairment », *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 2006, p. 916-924.
16. A. Padovani, V. Di Piero, M. Bragoni *et al.*, « Patterns of neuropsychological impairment in mild dementia: A comparison between Alzheimer's disease and multi-infarct dementia », *Acta Neurological Scandinavica*, 92(6), 1995, p. 433-442.
17. R. Holtzer, R. Friedman, R.B. Lipton *et al.*, « The relationship between specific cognitive functions and falls in aging », *Neuropsychology*, 21(5), 2007, p. 540-548. doi : 10.1037/0894-4105.21.5.540.
18. Statistique Canada, Certaines caractéristiques des logements collectifs et de la population (25) et type de logement collectif (17) pour la population dans les logements collectifs, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 – Données intégrales (100 %), *Recensement du Canada de 2006. Tableaux thématiques*.
19. L. Findlay, J. Bernier, H. Tuokko *et al.*, « Validation of cognitive functioning categories from the Canadian Community Health Survey—Healthy Aging », *Health Reports*, 21(2), 2010, p. 85-100.
20. A.R. Herzog et R.B. Wallace, « Measures of cognitive functioning in the AHEAD study », *Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(special issue), 1997, p. 37-48.
21. K. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
22. S.J. Rosenberg, J.S. Ryan et A. Prifitera, « Rey Auditory-Verbal Learning Test performance of patients with and without memory impairment », *Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 1984, p. 785-787.
23. A. Rey, *L'examen clinique en psychologie*, Paris, Presses universitaires de France, 1964.
24. A.K. Troyer, M. Moscovitch et G. Winocur, « Clustering and switching as two components of verbal fluency: Evidence from younger and older healthy adults », *Neuropsychology*, 11(1), 1997, p. 138-146.
25. N. Raoux, H. Amieva, M. Le Goff *et al.*, « Clustering and switching processes in semantic verbal fluency in the course of Alzheimer's disease subjects: Results from the PAQUID longitudinal study », *Cortex*, 44, 2008, p. 1188-1196. doi : 10.1016/j.cortex.2007.08.019.
26. T. Tombaugh, J. Kozak et L. Rees, « Normative data stratified by age and education for two measures of verbal fluency: FAS and animal naming », *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14(2), 1999, p. 167-177.
27. B.V. Jones, E.L. Teng et M.F. Folstein, « A new bedside test of cognition for patients with HIV infection », *Annals of Internal Medicine*, 119(10), 1993, p. 1001-1004.
28. E.L. Teng, « The Mental Alteration Test (MAT) », *The Clinical Neuropsychologist*, 9, 1995, p. 287. doi : 10.1080/13854049508400492.
29. E. Salib et J. McCarthy, « Mental alternation test (MAT): A rapid and valid screening tool for dementia in primary care », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 2002, p. 1157-1161. doi : 10.1002/gps.738.
30. G.G. Fillenbaum et M.A. Smyer, « The development, validity, and reliability of the Oars Multidimentional Functional Assessment Questionnaire », *Journal of Gerontology*, 36, 1981, p. 428-434.
31. G.J. Beissels, S. Staekenborg, E. Brunner *et al.*, « Risk of dementia in diabetes mellitus: A systematic review », *Lancet Neurology*, 5, 2006, p. 64-74.
32. A. Cherubini, D.T. Lowenthal, E. Paran *et al.*, « Hypertension and cognitive function in the elderly », *Disease-a-Month*, 56, 2010, p. 106-147. doi : 10.1016/j.disamonth.2009.12.007.
33. C.C. Colenda, C. Legault, S.R. Rapp *et al.*, « Psychiatric disorders and cognitive dysfunction among older, postmenopausal women: Results from the women's health initiative memory study », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 2010, p. 177-186.
34. P.B. Rosenberg, M.M. Mielke, Q. Xue *et al.*, « Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 2010, p. 204-211.
35. D. Gustafson, « A life course of adiposity and dementia », *European Journal of Pharmacology*, 585(1), 2008, p. 163-175. doi : 10.1016/j.ejphar.2008.01.052.
36. L.L. Barnes, C.F. Mendes de Leon, R.S. Wilson *et al.*, « Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites », *Neurology*, 63, 2004, p. 2322-2326.